

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

21

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SÉJOURNÉ Jean

Né à DREUX (Eure-et-Loir) le 30 Novembre 1897

**Un Traitement Dermatologique simple
des Ulcérations atones**

Le Pansement Gras au Taffetas Chiffon

(Technique d'ALGLAVE modifiée)

Président : M. JEANSELME, Professeur.

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS

IMPRIMERIE GUILLEMOT ET DE LAMOTHE

35, Rue des Petits-Champs.

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Un Traitement Dermatologique simple
des Ulcérations atones

Le Pansement Gras au Taffetas-Chiffon

(Technique d'ALGLAVE modifiée)

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SÉJOURNÉ Jean

Né à DREUX (Eure-et-Loir) le 30 Novembre 1897

Un Traitement Dermatologique simple des Ulcérations atones

Le Pansement Gras au Taffetas-Chiffon

(Technique d'ALGLAVE modifiée)

Président : M. JEANSELME, Professeur.



PARIS

IMPRIMERIE GUILLEMOT ET DE LAMOTHE
35, Rue des Petits-Champs.

1924

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Membre de l'Académie de Médecine

*Professeur de Clinique des Maladies Cutanées
et Syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris*

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	BROCA (André).
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	LABBÉ (Marcel).
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	BERNARD (Léon)
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	{ GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN. . . .	Clini. ophtalmologique.
LÉPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
N...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans es dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Il est sans doute banal de signaler la ténacité de certains ulcères de jambe, comme la persistance indéfinie de certaines plaies atones. Est-ce à dire qu'on ne doive pas tenter d'y porter remède? Or, la multiplicité des traitements proposés donne la preuve de la faillite fréquente de la thérapeutique en pareil cas. D'où la nécessité d'en arriver souvent à l'intervention chirurgicale — parfois heureuse, souvent inopérante — toujours difficilement acceptée par le patient.

Il nous a semblé, à bien considérer les raisons de l'atonie de ces ulcères et de ces plaies, que peut-être suffirait-il de respecter certaines conditions locales pour éviter la non-cicatrisation. Peut-être alors, avant de recourir à la chirurgie, et par le seul essai d'un traitement dermatologique, d'un pansement simple, pourrait-on tenter, et le plus souvent obtenir, la cicatrisation de lésions réputées atones.

Nous nous proposons donc, dans ce modeste travail, d'envisager l'emploi du « Pansement gras au Taffetas chiffon », technique employée, pour la

première fois, par Alglave pour l'obtention des greffes dermo-épidermiques.

Nous étudierons d'abord rapidement les conditions dans lesquelles un ulcère, une plaie, sont appelés à demeurer atones.

Nous chercherons, dans ces mêmes raisons, la cause des échecs et des défauts de la plupart des traitements d'ordinaire employés.

Enfin, nous exposerons la technique du Pansement gras au Taffetas chiffon, les indications principales qu'il reconnaît, les résultats qu'il donne.



LES ULCÉRATIONS ATONES

Le type même des ulcérations atones est fourni par certains ulcères variqueux, persistant depuis de longues années sans se modifier. Des plaies, séquelles de blessures de guerre, pourraient, tout aussi bien, servir de modèle de description.

Il s'agit d'ulcérations qui ne cicatrisent pas, ou qui, ayant timidement tenté d'épidermiser, ne se comblent pas, et persistent, sans tendance à la cicatrisation.

Elles sont, en général, arrondies, ovalaires. Parfois, elles ont des bords curvilignes, ou même polycycliques, au point de simuler les syphilides ulcérées. Beaucoup plus rarement, les bords en sont irréguliers, déchiquetés.

Ces bords ont, du reste, un aspect spécial : ils sont taillés nettement, parfois même « à pic ». En effet, minces d'abord, ils finissent par être épais, pour accuser d'autres fois leur relief, ou encore présenter un éversement total.

Mais, c'est le *fond* de l'ulcération qui est le plus caractéristique : il est atone, blafard, livide, violacé, parfois jaunâtre ou rougeâtre. En tous cas, il est lisse, et si quelques bourgeons charnus s'y montrent, ils demeurent petits, mal nourris, atrophiques.

Cette ulcération repose, en général, sur des tissus infiltrés, qui peuvent se condenser en un véritable bloc fibreux.

Enfin, le pourtour de cette ulcération présente souvent des lésions associées : eczématisation, pyodermisation...

Leur évolution

Tantôt, ces ulcérations atones l'ont été dès l'origine. Tels certains ulcères variqueux qui, du moment où ils ont été creusés, n'ont eu la moindre tendance à cicatriser.

Tantôt, cette ulcération chronique a succédé à une lésion qui avait poussé quelques bourgeons de cicatrisation. Ces bourgeons vont dégénérer, et c'est en gagnant aux dépens de ces bourgeons que l'ulcère va végéter et s'agrandir.

Enfin, on peut voir certaines ulcérations brusquement s'agrandir, tandis que les bords en deviennent cyanotiques, purpuriques, d'aspect tuberculoïde. Gougerot a montré qu'il s'est produit, en ce cas, une oblitération des capillaires voisins de l'ulcère.

De toutes manières, dans ces ulcérations atones, le fait saillant c'est :

- l'absence,
 - ou la disparition des bourgeons de cicatrisation.
-

LES BOURGEONS DE CICATRISATION

Ce sont, en effet, les « Bourgeons charnus » qui assument le travail de réparation et de comblement des pertes de substance. Ils sont les témoins de la cicatrisation. Ils en sont aussi les artisans principaux.

Or, ils font défaut dans les lésions atones.

Il nous a paru utile de :

- rappeler la structure de ces bourgeons et d'en déduire la cause de leur fragilité ;
- de rechercher les raisons pour lesquelles ils n'apparaissent pas ou disparaissent.

a) MACROSCOPIQUEMENT : 1) Les bourgeons charnus apparaissent dès qu'une perte de substance commence à se réparer. Ce sont autant de fines élevures, dont l'assemblage constitue la *membrane granuleuse*. Celle-ci recouvre le fond de l'ulcération d'une mince pellicule ;

2) Puis, ces bourgeons charnus s'accroissent en hauteur, se rejoignent, jusqu'à combler la plaie en grande partie. Dès lors, ils vont être recouverts par une trame mince de *Tissu inodulaire*. C'est le véritable tissu cicatriciel, qui va finir par recouvrir toute la perte de substance ;

3) Enfin, l'*Epidermisation* est l'acte final. Un feuillet épidermique s'avance, né des cellules épidermiques voisines des bords de l'ulcère.

b) MICROSCOPIQUEMENT : Le bourgeon charnu est essentiellement constitué par :

- des cellules rondes ;
- des néo-vaisseaux.

Les *cellules rondes* sont :

Les *unes*, multinuclées, ne représentant que des éléments suppuratifs, qui disparaîtront rapidement.

Les *autres* sont uninuclées. Ce sont des *cellules conjonctives*. En effet, elles se comportent comme des fibroblastes, puisqu'elles sont destinées à s'allonger pour devenir fusiformes, s'accompagner de fibrilles conjonctives et s'agglomérer les unes aux autres grâce à une substance intercellulaire.

Les *néo-vaisseaux* se présentent sous forme de simples anses vasculaires, terminées en pointe, disposées en pinceaux, en houppe au milieu des cellules conjonctives. Leur paroi est réduite au minimum : elle ne comporte qu'un simple endothélium.

Le *Tissu inodulaire*, — qui est le vrai tissu cicatriciel — ne s'ensuivra du tissu amorphe qui précède qu'à deux conditions, à savoir :

- 1° Que les néo-vaisseaux disparaissent ;
- 2° Que le tissu fibro-conjonctif achève de s'organiser : lorsque les fibres conjonctives, les fibrilles élastiques, le ciment

interstitiel auront achevé de se disposer en une charpente, le tissu inodulaire sera constitué. Mais cette charpente demeurera extrêmement mince, extrêmement peu résistante, étant donnée la nature purement conjonctive de ses éléments.

L'épiderme nouveau provient de l'épiderme resté intact au pourtour de l'ulcère :

- *soit par glissement* : ce serait le cas des petites ulcérations ;
- *soit par greffe* : par exemple, lorsque des îlots sont demeurés intacts au milieu de la perte de substance, le derme et le corps de Malpighi ayant été conservés à leur niveau ;
- *soit enfin par prolifération cellulaire* : cas le plus fréquent pour Branca, qui a montré que les cellules de l'épiderme voisin présentent des phénomènes de karyokinèse intense.

Il faut conclure de ces données anatomo-histologiques que les bourgeons charnus sont les agents même de la cicatrisation. L'épiderme voisin ne pourra jamais recouvrir l'ulcération tant que ces bourgeons conjonctivo-vasculaires n'auront pas comblé la perte de substance, et fabriqué le vrai tissu de cicatrice. Mais il ressort aussi de ces faits que tous les éléments de réparation, et surtout les bourgeons charnus, sont peu solides, et peuvent être facilement désagrégés.

III

LES CAUSES DE LA FRAGILITÉ ET DE LA DESTRUCTION DE CES BOURGEONS

L'extrême fragilité des bourgeons charnus se déduit facilement de leur constitution. Ils ne sont formés que d'éléments conjonctifs jeunes ; le mortier intercellulaire est peu abondant ; les vaisseaux néo-formés n'ont qu'une paroi endothéliale. Autant de causes expliquant la facile rupture de ces bourgeons et leur désorganisation au moindre heurt.

Ils se brisent à l'occasion des pansements : et c'est là un point important, sur lequel nous insisterons plus loin.

Ils saignent au moindre contact : et de la rupture de leurs anses vasculaires de néo-formation, il s'ensuit que, mal vascularisés, mal nourris, ces bourgeons vont végéter, puis disparaître.

Ils sont très absorbants : on le conçoit facilement, étant donnés leur constitution conjonctive et le peu d'épaisseur de leurs vaisseaux. On le prouve en appliquant sur ces bourgeons un tampon imbibé d'iode et laissé un moment en place, à l'abri de l'air. Dans les urines du sujet, on retrouve rapidement de l'iode. Voilà qui explique

le danger des antiseptiques puissants, danger sur lequel nous reviendrons également.

En résumé, c'est dans la fragilité des bourgeons charnus qu'il faut voir la cause de l'atonie des tissus ulcérés.

Les causes de la destruction **des Bourgeons charnus**

Il reste à montrer quels facteurs peuvent intervenir dans la destruction de ces éléments si fragiles.

1) FACTEURS TROPHIQUES. — Des troubles trophiques peuvent, pour ainsi dire, toujours être accusés. En effet, ils sont à la base de l'ulcération dans la plupart des cas. Et l'on sait que ces altérations trophiques sont au maximum dans l'ulcère variqueux.

Les Téguments y sont mal nourris, épaissis, indurés. Aussi n'auront-ils d'eux-mêmes aucune tendance à réparer les lésions creusantes qui les affectent.

Les Muscles présentent des lésions de myosite interstitielle chronique.

Les Veines, variqueuses, sont la cause principale de tous ces troubles trophiques.

Les Nerfs, par leurs lésions de névrite, sont peut-être les facteurs les plus importants dans la réalisation effective des altérations trophiques.

Bref, suivant le mot devenu classique de Broca, il y a là « *d'un tissu à l'autre, échange de mauvais procédés* ».

Sur un tel terrain, les bourgeons charnus auront donc grand'peine à se développer comme à subsister.

2) FACTEURS INFECTIEUX. — Mais le terrain n'est pas tout. Parfois des lésions infectieuses sont en cause. Elles sont notamment favorisées par l'emploi des pansements humides répétés qui macèrent des tissus déjà dévitalisés et favorisent la pullulation microbienne. Il peut s'installer une véritable pyodermisation qui provoque une abondante suppuration. Celle-ci détruit les bourgeons charnus au fur et à mesure qu'ils se forment. En même temps, ces lésions infectieuses agrandissent l'ulcération par ses bords, et gagnent souvent les tissus voisins, empêchant ainsi à coup sûr la cicatrisation.

Toutefois, outre que ces complications infectieuses ne sont pas constantes, il suffirait de les faire disparaître pour voir le bourgeonnement se produire. Or, dans nombre de cas, l'infection réduite, la cicatrisation ne s'amorce pas davantage.

3) FACTEURS MÉCANIQUES. — C'est qu'il faut tenir compte d'un facteur certes plus important. Il est purement MÉCANIQUE. Il s'agit de la traumatisation des bourgeons charnus. Le moindre heurt, le moindre contact, nous l'avons démontré, les peuvent détruire. Cette traumatisation ne manque pour ainsi dire jamais.

Si l'ulcération n'est pas traitée, chez des sujets malpropres, peu soignés, les frottements, les arrachements sont constants.

Si l'ulcération est traitée : Le propre de la plupart des méthodes employées consiste justement à

maltraiter les bourgeons en train de se former, soit qu'il s'agisse de produits médicamenteux, soit qu'il s'agisse de pansements traumatisants par leur technique ou leur répétition.

C'est dans la destruction mécanique des bourgeons de cicatrisation qu'il faut chercher la cause principale de l'atonie des lésions ulcéreuses. Le terrain, par l'ensemble des troubles trophiques dont il est atteint, réalise une première cause favorisante, certes fort importante. Que là-dessus se greffent des lésions infectieuses — et surtout les lésions traumatiques mécaniques dont les moindres ne sont pas celles dues aux thérapeutiques locales — et l'on concevra le mécanisme qui préside à l'indéfinie persistance des lésions atones.

IV

LES TRAITEMENTS EMPLOYÉS

Pour guérir une ulcération, il faut permettre aux bourgeons cicatriciels de se développer. Il faut ensuite ne pas les détruire. Le traitement local doit donc être le moins traumatisant possible.

Y réussit-il toujours ? Il suffit de passer en revue les différents traitements employés pour se rendre compte de leurs inconvénients respectifs, et pour constater que tous brutalisent plus ou moins les bourgeons charnus.

Ces traitements peuvent, en effet, être classés en quatre grands groupes :

- I. Les traitements médicamenteux ;
- II. Les traitements physiques ;
- III. Les traitements chirurgicaux ;
- IV. Les traitements ambulatoires.

I. — LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

On emploie :

- soit des antiseptiques ;
- soit des calmants.

a) LES ANTISEPTIQUES. Parmi les plus utilisés :

- Les *Cautérisateurs* :
 - Nitrate d'argent ;
 - Crayon de zinc ;
 - Permanganate de potasse à 5/100.

— Des Poudres :

Iodorme ;
Aristol ;
Dermatol ;
Ektogan ;
Sous-carbonate de fer.

— Des Pâtes ou Pommades :

à l'oxyde jaune de mercure ;
au protochlorure d'étain ;
Pâtes résorcinées à 5/100 ;
— à l'acide salicylique ;
— à la chloramine ;
Pommades de Hardy ;
— de Reclus-Brocq ;
Onguent styrax.

MAIS IL NE FAUT PAS OUBLIER :

1° *Que ces antiseptiques vont être absorbés et qu'il en pourra résulter des érythèmes, des éruptions locales, ou même des phénomènes d'intoxication ;*

2° *Qu'ils sont appliqués et maintenus à l'aide de pansements à la gaze sèche et que celle-ci, à chaque pansement nouveau, provoque une destruction des bourgeons.*

b) LES CALMANTS comportent des applications :

— de sérum physiologique ;
— d'eau glycosée à 4/100 ;
— de sérum de cheval ;
— d'hémothyl ;
— de poudres inertes : à base de talc, de charbon.

Mais ce sont là produits destinés surtout à combattre des phénomènes suppuratifs ou sécrétoires, à nettoyer et calmer une plaie.

Ils nécessitent des applications fréquemment répétées : ils multiplient donc, eux aussi, les chances de destruction des bourgeons charnus.

II. — LES TRAITEMENTS PHYSIQUES

Les moyens physiques ont été les premiers utilisés, et Baynton employait déjà des bandes de diachylon imbriquées réalisant une compression. Cette compression fut également obtenue à l'aide de bandes élastiques (Henri Martin-Cusner), de lames métalliques.

Mais c'est là un traitement de la cause, lorsqu'il s'agit d'ulcères variqueux, bien plutôt que de l'ulcère lui-même.

Aujourd'hui, les traitements physiques sont très souvent ordonnés, mais associés aux agents médicamenteux, car ils ne peuvent constituer que des adjuvants.

Tels sont :

- les bains d'air ;
- l'héliothérapie (Leriche) ;
- les douches d'air chaud (Vignat) ;
- les bains de vapeur ;
- la lumière électrique ;
- l'élévation continue (Debat) ;
- le massage.

Du reste, leur action ne s'explique guère que par l'amélioration qu'ils apportent aux troubles trophiques de la région. Ils agissent surtout en modifiant le terrain.

III. — LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

En présence de l'insuccès si fréquent de tous les moyens précédents, on a été amené à envisager le traitement chirurgical des ulcérations et plaies atones.

Certaines interventions s'adressent à la cause même : telles les techniques — premières en date — de Tredelenburg et Lucas Championnière, qui, dès 1870 et 1875, pratiquaient la ligature de la saphène. Telles aussi les ligatures étagées ou la résection des paquets variqueux.

D'autres interventions visent surtout à la cicatrisation de la lésion creusante :

- *Dolbeau*, le premier, préconisa l'incision circulaire autour de l'ulcère.
- *Wenzel et Schwartz* proposèrent l'incision en jarretière jusqu'à l'aponévrose.
- *Reverdin et Thiersch* créèrent la méthode des *greffes*, qu'on emploie encore sous forme de greffes dermo-épidermiques, ou de greffes à l'italienne.

Ces méthodes sont souvent sans résultats, ou bien ceux-ci sont lents dans leur apparition, incomplets, rebutants pour le malade qui attend beaucoup de l'intervention chirurgicale.

Les *greffes*, sans doute, donnent de bons résultats. Mais :

- 1) elles sont fragiles ;
- 2) elles ne résistent pas aux pansements ordinaires ;
- 3) elles ne « prennent » que lorsque les tissus atones ont été transformés en tissus en voie de bourgonnement.

IV. — LES TRAITEMENTS AMBULATOIRES

On est ainsi amené à conclure que le meilleur traitement local est celui qui aura le moins souvent l'occasion de traumatiser les bourgeons de cicatrisation. De là sont nés les *pansements occlusifs* : ce sont des traitements ambulatoires.

On connaît le classique *pansement ambulatoire à la colle de Unna* : des bandes imprégnées de la colle à l'oxyde de zinc réalisent un véritable appareil plâtré autour des tissus ulcérés. Comme on laissera ce pansement occlusif une semaine en place, les bourgeons ne seront pas détruits à chaque instant, et ils auront le temps de se développer. Et l'on a pu ainsi réduire des ulcérations jusque-là atones.

Toutefois, cette méthode n'est pas exempte de défauts :

- 1) On remarquera que les bandes imprégnées de colle vont adhérer à l'ulcération. Lors de l'enlèvement de l'appareil occlusif, la plaie sera forcément déchirée, les bourgeons détruits ;
- 2) D'autre part, le pansement ambulatoire de Unna détermine, sous la colle occlusive, une séro-exsudation intense. Une odeur épouvantable s'en dégage, sans compter que ce véritable « vase clos » favorise parfois les infections surajoutées.

Il ressort de l'étude des nombreux traitements proposés qu'ils sont à des degrés divers, nocifs pour l'ulcération et ses bourgeons de cicatrisation.

a) *Tantôt*, c'est le *produit employé qui est dangereux* : antiseptiques puissants, réducteurs forts ;

b) *Tantôt*, c'est le *mode de pansement* qui est défectueux :

- Pansements humides, qui macèrent les tissus voisins, déjà altérés trophiquement ;
 - Pansements répétés avec des pâtes, des pommades, recouvertes de gaze, et adhérent aux bourgeons charnus, qu'ils détruisent lorsqu'on renouvelle ces pansements ;
 - Pansement ambulatoire occlusif, qui réalise, certes, un progrès. Il traumatise moins souvent la lésion, mais il la traumatise tout de même, sans compter qu'il met « sous cloche » les lésions, risquant de favoriser l'infection.
-

V

LE PANSEMENT GRAS AU TAFFETAS CHIFFON

Le mode de pansement que nous proposons vise à ne pas présenter les inconvénients signalés.

Il comporte deux éléments bien différents :

- 1) Le Taffetas chiffon ;
- 2) Le Pansement gras.

1) LE TAFFETAS CHIFFON. — C'est *Alglave* qui eut le mérite de préconiser, le premier, l'emploi du taffetas chiffon.

En effet, nous avons signalé, à propos des greffes dermo-épidermiques, la fragilité des greffons : tout pansement risquait de les détruire, et de là venait l'inefficacité de la méthode. Aussi avait-on besoin de procédés de contention tout de douceur et de légèreté. *Alglave* proposa le taffetas chiffon. Et dans l'article de la *Presse médicale* du 23 juillet 1917, où il rend compte des résultats obtenus, il dit : « *J'attache une grosse importance à l'emploi du taffetas chiffon, qui recouvre les semis sans y adhérer, et qu'on peut détacher aisément au lendemain de l'opération, sans risquer de les entraîner avec lui...* »

Il va sans dire que ces greffes sont plus fragiles encore que les bourgeons charnus et que les tissus cicatriciels néo-formés. Le taffetas chiffon, donnant de bons résultats dans ces greffes, pouvait

donc être employé pour panser sans les détruire bourgeons charnus et tissus de réparation. Au lieu de la gaze, cassante, sans souplesse, on avait là un pansement léger et malléable. Il devenait possible de le renouveler sans faire saigner les tissus, sans contrarier leur bourgeonnement.

2) LE PANSEMENT GRAS. — Le pansement gras, par lui-même, n'est pas traumatisant. Une pommade appliquée sur une lésion à structure délicate ne peut que la protéger. *C'est le pansement qui recouvre le tout, nous l'avons montré, qui est dangereux.*

Cependant, il convient d'éliminer les corps gras à base d'*antiseptiques forts* : nous croyons avoir souligné leur importance dans la destruction des tissus de cicatrice.

Les corps gras qu'on peut employer seront :

- La *vaseline stérile* (Observation VI) : elle remplira un rôle de protection, sans agir sur les lésions ;
- Les *crèmes de zinc additionnées d'ichtyol* (Observations I, III) ou d'autres dérivés des huiles de schiste (Observations II, IV, V) : elles favorisent le **bourgeonnement** mieux que les corps gras utilisés seuls.

Parmi les préparations que nous avons utilisées, celle qui nous a donné le meilleur résultat est la pommade à base de lithol, de sulfo-schistol et d'extrait d'hamamélis frais, réalisée sous forme de pommade Inotyol. Nous devons en signaler l'action calmante, décongestionnante et kératoplastique souvent remarquable.

Ainsi, recouvertes de cette pommade, protégées de taffetas chiffon, les lésions ont pu bourgeonner sans risquer d'être traumatisées à chaque nouveau pansement, et cicatriser après une longue période d'atonie irréductible.

Technique. — Ce qui constitue encore un avantage de ce pansement, c'est sa simplicité. Nul besoin de pinceaux, de colles, de bandes plus ou moins difficiles à imprégner de la substance active employée.

Mais on n'appliquera pas le pansement gras au taffetas chiffon d'emblée et sans préparation.

1) *Les lésions sont infectées, irritées :* On commencera par les nettoyer et les calmer à l'aide d'irrigations douces :

- à l'eau bouillie ;
- au sérum physiologique tiède à 9/1.000 ;
- à l'eau boratée coaltarée.

2) *Les lésions, très anciennes, sont devenues calleuses, fibreuses.*

Il n'est plus question de respecter les bourgeons charnus : il n'y en a plus. C'est que le tissu fibreux superficiel empêche leur formation ; il faut le détruire et créer un fond de plaie bourgeonnant. On emploiera :

- les scarifications ;
- le bistouri ;
- le thermocautère ;
- la radiothérapie.

Aussitôt que les lésions sous-jacentes commenceront à émerger à travers l'opercule fibreux détruit, le bourgeonnement commencera.

LE PANSEMENT GRAS AU TAFFETAS CHIFFON. —

1) On recouvre alors le fond de l'ulcération, puis celle-ci tout entière, ainsi que les tissus avoisinants, du corps gras choisi. La couche en doit être épaisse, de manière à bien imprégner les jeunes tissus et à leur servir de barrière protectrice.

2) *Directement sur le corps gras*, on étale une ou plusieurs feuilles de taffetas chiffon. Notons ici que le taffetas chiffon a l'avantage d'être extemporanément stérilisable. Il suffit de le plonger quelques minutes dans l'eau bouillante.

3) *Pour maintenir*, il reste à recouvrir le tout d'un peu de coton et d'une bande de crêpe ou de toile.

Ce pansement peut être renouvelé tous les jours. Dans la majorité des cas où il a été employé, il ne s'était produit aucune exsudation, ou bien elle restait très minime; mais surtout, les bourgeons, bien protégés et défendus par un corps gras légèrement antiseptique, respectés lors de l'enlèvement du taffetas chiffon qui ne colle pas et se détache aisément, ont repris leur vitalité. L'ulcération n'est plus une plaie atone : la cicatrisation est dès lors amorcée.

VI

INDICATIONS ET RÉSULTATS

Le pansement gras au taffetas chiffon sera donc employé chaque fois que l'atonie des tissus n'amène pas le comblement de lésions creusantes.

1) **ULCÈRES VARIQUEUX ATONES.** — Nous l'avons déjà signalé, ce sont les ulcères variqueux qui fournissent le type même de l'ulcération atone. C'est ici que les résultats doivent être les meilleurs. Il va sans dire que le pansement gras au taffetas chiffon doit se voir associer les différents moyens capables :

- et de modifier le terrain,
- et de réduire les troubles trophiques.

C'est ainsi qu'on prescrira en même temps :

- l'élévation continue de la jambe atteinte ;
- le massage, les douches d'air chaud ;
- le *traitement des varices causales* et, à ce point de vue, les injections sclérosantes donneront d'excellents résultats.

Enfin, on n'oubliera pas qu'il faut systématiquement rechercher l'étiologie syphilitique derrière les ulcères atones à bords nets, arrondis, taillés à l'emporte-pièce, chez des sujets jeunes. Si la syphilis est en cause, le traitement local ne sera qu'un adjuvant, et la grande arme thérapeutique est alors le traitement antisypilitique.

OBSERVATION I

Ulcères variqueux chez un syphilitique, cicatrisation en 8 jours avant la mise en œuvre du traitement antisypilitique.

M. Ba..., 38 ans, peintre en bâtiment.

Ce malade est entré à l'hôpital Laënnec pour des ulcères de la jambe droite, salle La Rochefoucauld, le 22 septembre 1924.

Ces ulcères existent depuis 1922 ; jamais ils n'ont, depuis lors, complètement cicatrisé.

Actuellement, on note, sur la face interne de la jambe droite, une ulcération anfractueuse de 11 centimètres de diamètre, à bords rougeâtres, à fond saignant, suintement continu.

Sur la face externe, deux ulcérations, l'une de 10 centimètres de diamètre environ, l'autre mesurant 21 centimètres. Ici, les bords sont assez nets, creusants, le suintement est abondant et l'odeur fétide.

Paquets variqueux, mais peu importants.

Après un pansement alcoolisé, laissé en place 24 heures, on applique le pansement gras au taffetas chiffon avec une crème de zinc ichtyolée.

On est surpris, deux jours plus tard, de ne trouver qu'un suintement minime et les ulcérations nettoyées et amorçant déjà un bourgeonnement.

Le 27 septembre : l'ulcération de la face interne a presque complètement disparu.

Le 29 septembre : les ulcérations de la face externe bourgeonnent ; quelques bourgeons exhaussés sont touchés à la teinture d'iode dédoublée.

Le 1^{er} octobre, la cicatrisation est presque achevée ; or, ce n'est que ce jour-là qu'on a le résultat de la réaction de Wassermann : elle est douteuse, ainsi que la réaction de Hecht. Du reste, la femme du malade, examinée par nous,

est une hérédo-syphilitique avérée et le malade est porteur de plaques leucoplasiques : le traitement antisyphilitique est dès lors institué (Novarsénobenzol sous-cutané).

Mais il faut noter que la cicatrisation était pratiquement acquise après huit jours de pansement gras au taffetas chiffon, dans un cas d'ulcères sans doute variqueux, mais chez un syphilitique.

OBSERVATION II

Ulcères variqueux atones rebelles, guérison en 16 jours.

Mme F... R..., 61 ans.

Cette malade est admise à l'hôpital Laënnec, salle Dupré, le 12 juin 1924.

Elle présente :

1° Au niveau de la jambe droite, deux ulcérations, toutes deux situées sur la face interne de la jambe ; l'une mesure 12 centimètres sur 6 centimètres ; l'autre, immédiatement au-dessous, mesure 16 centimètres sur 6 centimètres et, par son bord inférieur, affleure à la malléole interne.

Ces ulcérations sont à bords irréguliers, épais par place, déchiquetés ailleurs. Le fond est grisâtre, recouvert d'un enduit sanieux, puriforme, exhalant une odeur fade.

Les tissus autour des ulcérations sont, sur 15 centimètres environ, fortement pigmentés d'un brun jaunâtre foncé.

On note des paquets et des bosses variqueuses, tant sur la face interne de la jambe droite qu'à la partie supérieure du mollet.

2° Au niveau de la jambe gauche, on note une vaste ulcération siégeant sur la face interne, empiétant sur la face externe ; elle mesure en hauteur 19 centimètres, en largeur 17 centimètres. Elle suinte abondamment une sérosité d'une odeur fétide ; des traînées de lymphangite réticulaire entourent cette ulcération ; œdème de la jambe remontant presque au genou ; adénopathie inguinale peu importante du côté gauche ; de plus, pigmentation cutanée, varices de la saphène interne.

Ces ulcérations existent depuis environ 6 à 7 ans ; les premières apparues furent celles de la jambe droite ; l'ulcération de la jambe gauche date de 1921.

Elles ont été traitées par différentes pommades, par le repos au lit (hospitalisation à l'hôpital Broca en 1921) ; elles n'ont jamais cicatrisé.

Par ailleurs, on trouve :

Des urines légèrement albumineuses, pas de sucre.

La réaction de Wassermann est négative.

L'examen est négatif en ce qui concerne les différents appareils — à part une respiration emphysémateuse avec quelques râles ronflants — et une tension artérielle légèrement augmentée à 19-11 (Pachon-Gallavardin).

TRAITEMENT. — Le 13 juin : nettoyage des ulcérations à l'éther, pansement alcoolisé (alcool à 90° sous imperméable), laissé en place 24 heures.

Le 14 juin : premier pansement gras au taffetas chiffon, couche épaisse de pommade à l'inotylol ; par-dessus, taffetas chiffon, coton et bandes de gaze.

Le 16 juin, deuxième pansement : les plaies nettoyées n'ont pas suinté ; le fond apparaît légèrement rosé.

Le 18 juin, troisième pansement : quelques bourgeons apparaissent au niveau de l'ulcération supérieure de la jambe droite ; l'ulcération de la jambe gauche apparaît nette et rosée.

Le 20 juin, quatrième pansement : l'ulcération supérieure de la jambe droite est semée de granulations ; des bourgeons commencent à combler la perte de substance située au-dessous, ainsi que la partie médiane de la grande ulcération du côté gauche ; celle-ci suinte assez abondamment.

Le 22 juin : cinquième pansement.

Le 24 juin : sixième pansement.

Le 26 juin : septième pansement ; les ulcères du côté droit sont en partie comblés.

A la jambe gauche, la vaste plaie n'est qu'à demi recouverte ; elle continue à suinter ; on attouche les bords à la

teinture d'iode dédoublée ; nouvelle application de pommade au sulfo-schistol et pansement au taffetas chiffon.

Le 28 juin : huitième pansement.

Le 30 juin : neuvième pansement.

Les ulcérations du côté droit sont comblées.

L'ulcération de la jambe gauche a également cicatrisé ; quelques points restent suintants et non épidermisés.

La guérison pratique est ainsi réalisée au seizième jour de l'emploi du pansement gras au taffetas chiffon ; on poursuit cette thérapeutique jusqu'au 9 juillet. La malade quitte l'hôpital le 12 juillet.

Nous la revoyons le jeudi 18 septembre : elle a repris, dès sa sortie de l'hôpital, son métier de marchande de quatre-saisons et les ulcérations n'ont pas récidivé.

Seules, persistent :

— Les varices causales ;

— La pigmentation, qui a encore progressé à la jambe gauche.

Mais les tissus sont souples, fermes et la malade affirme être mieux au point de vue fonctionnel qu'elle ne l'avait été depuis plus de six ans.

OBSERVATION III

Ulcère de la jambe gauche (ulcération du tiers moyen de la jambe gauche, face externe).

Mme F... Marie, 62 ans, blanchisseuse.

Début 1912.

L'ulcération se cicatrise quand la malade se met au repos et se reproduit dès que la malade reprend une vie active.

Pas d'antécédents héréditaires.

Malade éthylique. — W. négatif.

En août 1924, la malade se présente avec une ulcération située au tiers moyen du mollet gauche, face externe ; cette lésion mesure 8 centimètres de long sur 3 centimètres de large, avec persistance d'un pont épidermique au niveau de son tiers supérieur.

Ulcération sanieuse, au fond gris sale, pseudo-membraneux, à bords décollés. Les téguments environnants sont fortement pigmentés ; varices turgescents du membre.

Le 12 août, après nettoyage à l'éther, la malade est mise en traitement : pansement gras au taffetas chiffon ; une forte couche de crème ichtyolée recouvre la plaie ; le taffetas chiffon appliqué directement est maintenu par une bande de crêpe ; on fait le pansement tous les deux jours.

Le 16 août : la plaie est en pleine voie de détersion ; le fond prend une teinte rose pâle ; quelques bourgeons encore vitreux apparaissent.

Le 26 août : plaie en voie de bourgeonnement.

Le fond est rose, les bords adhèrent au fond de la plaie qui baigne dans une abondante sérosité.

Le 30 août, la plaie est presque complètement comblée par des bourgeons rouge vif, saignant facilement ; les bords sont crayonnés à chaque pansement.

Le 6 septembre, la plaie est réduite aux dimensions d'une pièce de un franc.

Le 8 septembre, cicatrisation complète.

La cicatrice est brune, pigmentée comme les tissus environnants.

OBSERVATION IV

Ulcère de la grandeur d'une petite paume de main au niveau de la malléole interne gauche.

M. P... Alphonse, 28 ans, employé d'hôtel.

Ulcère datant de huit mois. Le malade s'est soigné depuis le début par des applications de différentes pommades sans résultat ; le malade continue à travailler.

Vu le 18 août 1924 :

Ulcération atone, à fond pâle et vitreux, sans suintement ni pseudo-membrane.

Varices volumineuses de la jambe.

W. négatif à cette date.

Après lavage à l'éther, pansement avec une couche épaisse de pommade au sulfo-schistol, recouverte directement d'un taffetas chiffon. Le pansement est laissé en place trois jours.

La plaie est lavée au sérum tiède à chaque pansement ; les bords sont nettoyés à l'éther.

Le malade fait, pendant une demi-heure par jour, en quatre fois, de la gymnastique élévatoire.

24 août 1924 : plaie rouge, bourgeonnante, s'épidermisant normalement sur les bords.

La plaie est à peu près complètement comblée.

26 août 1924 : On crayonne au nitrate, la cicatrisation se fait avec rapidité ; la plaie n'a plus que les dimensions d'une pièce de cinq francs.

30 août 1924 : cicatrisation à peu près complète ; un dernier pansement est fait au malade.

2 septembre 1924 : nous voyons le malade pour la dernière fois : cicatrice souple, un peu pigmentée.

2) BRULURES. — Le pansement gras au taffetas chiffon peut également être employé avec profit dans les *brûlures*. Les bourgeons de cicatrisation ont, en pareil cas, le même besoin d'être protégés et mis à l'abri du pansement traumatisant.

Toutefois, une recommandation : ne pas appliquer d'emblée de corps gras médicamenteux.

La vaseline stérile pendant les deux ou trois premiers jours sera seule employée.

Par ailleurs, le nettoyage préalable, « *l'épluchage* » des tissus brûlés et désintégrés, reste évidemment nécessaire. De même l'héliothérapie, l'air chaud, le massage dans les brûlures décidément atones.

OBSERVATION V

M. Dr... Antoine, 44 ans, employé aux Chemins de fer de l'Est.

Brûlure étendue de la main droite par gaz d'éclairage : brûlure du 2° degré de toute la face dorsale de la main droite et des doigts. Phlyctène percée quand le malade se présente à l'hôpital.

Lavage et savonnage de la plaie au savon liquide ; décapage des tissus voisins à l'éther.

17 août 1924 : pansement gras au taffetas chiffon ; la plaie est recouverte de pommade au sulfo-schistol, un taffetas chiffon étant placé directement sur la pommade.

Pansement tous les deux jours, après lavage au sérum physiologique tiède qui enlève facilement la pommade.

23 août 1924 : plaie en voie normale de cicatrisation, rouge vif au centre, épidermisation sur les bords.

27 août 1924 : flot de la grandeur d'une pièce de 2 francs baignant dans un liquide séreux.

29 août 1924 : cicatrisation complète ; la cicatrice est souple et légèrement pigmentée.

Le malade ferme actuellement la main sans aucune difficulté.

OBSERVATION VI

M. Go... Eugène, 54 ans, employé aux Chemins de fer du Nord.

Brûlure de la main droite par poudre de chasse.

Brûlé le 1^{er} août 1924 : brûlure du 2^e degré, intéressant toute la face dorsale de la main droite et des doigts : le pouce, l'index et l'annulaire sont, en outre, atteints à la face palmaire.

La plaie, pansée au sérum physiologique et au liquide de Dakin, ne se cicatrise que très lentement.

22 août 1924 : présence de nombreuses sécrétions concrétées ; quelques bourgeons vitreux grisâtres.

Après lavage au sérum physiologique, pansement gras vaseliné ; les pansements sont faits tous les deux jours.

28 août 1924 : plaie complètement détergée, bourgeons rouges nombreux ; l'épidermisation se fait normalement à la périphérie.

31 août 1924 : plaie rouge d'excellent aspect ; l'épidermisation gagne rapidement vers le centre.

4 septembre 1924 : la plaie est complètement cicatrisée la cicatrice est souple, encore un peu rouge au centre.

3) AUTRES PLAIES ATONES. — Nous n'avons pas expérimenté la technique d'Alglave modifiée dans toutes les plaies atones qu'on peut rencontrer. Mais il semble naturel et logique de penser que, pour les mêmes raisons, les mêmes résultats peuvent être obtenus :

- dans les *escharres* sacrées, talonnières ;
- dans certaines *plaies traumatiques* ;
- dans nombre de *plaies de guerre*.

Dans ces derniers cas, surtout, on a recours parfois aux greffes dermo-épidermiques. Nous avons justement vu que le pansement gras au taffetas chiffon était le plus capable de protéger ces greffes et de leur permettre « *de prendre* ».

Pour conclure : nous avons ainsi classé sous trois grands chefs les indications du pansement gras au taffetas chiffon. Il semble que toutes les lésions ulcéreuses où la cicatrisation est empêchée par des causes infectieuses, trophiques, *et surtout mécaniques*, bénéficieront de cette méthode. Elle ne constitue certes pas une innovation d'une haute portée théorique. Elle ne prétend pas non plus remplacer toutes les thérapeutiques usitées au cas d'ulcérations atones.

Telle quelle, cette méthode, par sa simplicité, par la logique de sa technique, par les heureux résultats obtenus, nous a paru mériter la modeste étude que nous lui avons consacrée.

CONCLUSIONS

I. — Les ulcérations atones, dont le type est l'ulcère variqueux chronique, sont d'une ténacité désespérante, rebelles aux nombreux traitements usités.

II. — L'atonie de ces lésions est due à l'absence ou à la destruction des « bourgeons charnus », agents effectifs de la cicatrisation.

III. — Ces « bourgeons charnus » sont extrêmement fragiles, n'étant constitués que de tissu conjonctif et d'anses vasculaires néo-formées.

IV. — Or, la destruction de ces bourgeons de cicatrisation semble due :

1° A des troubles trophiques ;

2° A des troubles infectieux ;

3° Mais surtout à des lésions mécaniques, et ce sont, avant tout, les pansements employés qui traumatisent ces bourgeons et compromettent la cicatrisation.

V. — Les traitements ambulatoires ont constitué un progrès, mais les « colles » employées, adhèrent aux bourgeons et les détruisent.

VI. — Le pansement gras au taffetas chiffon a l'avantage de respecter ces bourgeons :

a) Le pansement gras doit être réalisé à l'aide de corps peu actifs — à l'exclusion des antiseptiques forts, qui sont dangereux ;

b) Le taffetas chiffon — préconisé depuis plusieurs années par Alglave — permet des pansements fréquents : il n'adhère pas aux bourgeons, il s'enlève sans les détruire, il est stérilisable.

VII. — Aussi ce pansement gras au taffetas chiffon nous semble-t-il un traitement dermatologique simple, capable d'amener rapidement la cicatrisation dans les ulcérations atones : ulcères variqueux chroniques, plaies torpides, brûlures atones.

Le Président de Thèse :

Signé : G. JEANSELME.

Vu :

Le Doyen :

Signé : ROGER.

Vu et Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — Treatment of varicose ulcers of the leg, with special reference to sponge graft and Unna's bandage.
New-York Journal, 1908. XXIII-216.
- ALGLAVE. — *Presse médicale*, 23 juillet 1917, page 419.
- BERGER. — Traitement des ulcères de jambes par l'autoplastie italienne modifiée.
France médicale, Paris 1875. XXII-329.
- CAULI. — La méthode de Biondi dans la cure des œdèmes et ulcères chroniques de la jambe.
Rivista ospedalica, Rome 1921. XI-307.
- CHAZAL-NOËL. — Traitement chirurgical des ulcères variqueux par résection totale des varices.
Thèse Paris, 1912-1913.
- DEBAT. — Les plaies atones et leur traitement.
Paris médical, mai 1916.
- EWART. — The treatment of chronic ulcer of the leg.
The Lancet. London 1909. II-1542.
- GALAND. — Des différentes méthodes de traitement des plaies et ulcères de jambes.
Echo médical du Nord. Lille 1909, n° XIII.
- GATINEAU. — Recherches étiologiques sur l'origine syphilitique des ulcères variqueux.
Thèse Paris 1913-1914.
- GUILLERMET. — Contribution à l'étude du Traitement des ulcères variqueux par la méthode ambulatoire.
Thèse Paris 1911-1912.
- GOUGEROT. — Ulcérations à bords cyanotiques et purpuriques. Gravité et lenteur de cicatrisation.
Paris médical 1921-XLI.
- HARTMANN. — Ulcères de jambes.
Revue générale de Clinique et Thérapeutique. — Paris 1921. XXXV, page 647.

- JEANSELME. — De l'ulcère de jambe. Des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent.
Gazette des Hôpitaux, 1888.
- KAHN. — Ulcères variqueux rebelles. Traitement par les boues radio-actives actinifères et les poudres radio-actives.
Thèse Paris 1911-1912.
- LINDEN. — Traitement des brûlures et ulcères avec le véroforme et l'épithélane.
Deutsche Mediz-Wochens. 30 mai 1924.
- MAURY. — Etude sur le traitement des ulcères variqueux et en particulier sur l'emploi d'un nouveau traitement ambulatoire.
Thèse Paris 1903-1904.
- ROBINSON. — Notes on 20 cases of ulcer of the leg treated by electrical methods.
Arch. of Radiology and Electrotherapy. London 1921-22. XXVI-253-57.
- SEILER. — Le traitement de l'ulcère de jambe par le Pyoktanin.
Therap. d. Gegenw. Berlin 1921. LXII-488.
- VARTANIAN. — Les ulcères variqueux et leur traitement ambulatoire par la méthode de Unna.
Thèse Paris 1909-1910.
- VAUGRENTE. — Traitement des ulcères de jambe.
Thèse Paris 1894.
- WICKHAM. — *Bulletin Soc. française de Dermatol. et Syphiligraphie*. Paris 1907. XVI-302.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	15
I. — LES ULCÉRATIONS ATONES .	17
II. — LES BOURGEONS DE CICATRISATION.	19
III. — LES CAUSES DE LA FRAGILITÉ ET DE LA DESTRUCTION DE CES BOURGEONS	22
IV. — LES TRAITEMENTS EMPLOYÉS	26
I. - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX.	26
II. - TRAITEMENTS PHYSIQUES . .	28
III. - TRAITEMENTS CHIRURGICAUX .	29
IV. - TRAITEMENTS AMBULATOIRES .	30
V. — LE PANSEMENT GRAS AU TAFFETAS CHIFFON	32
VI. — INDICATIONS ET RÉSULTATS .	36
1) ULCÈRES VARIQUEUX.	36
2) BRULURES.	42
3) AUTRES PLAIES ATONES. . . .	44
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47

